

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK/CT)

Prosimy o dokładnie i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową, nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

Data badania

Nazwisko

Płeć K M

Imię

Wzrost cm

Data urodzenia/PESEL

Waga kg

Numer telefonu

Badanie tomografii komputerowej wykonuje się przy pomocy promieniowania rentgenowskiego i jest ono obarczone ryzykiem związanym z jego działaniem oraz możliwością niepożądanego działania środków kontrastowych. Badanie może być wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza – skierowanie powinno zawierać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wykonania procedury (DU.05.194.1625 dn. 25.08.2005).

W przypadku podania dożylnego kontrastu mogą wystąpić działania niepożądane. Do takiego badania Pacjent powinien być nawodniony, tzn. dzień przed oraz w dniu badania należy wypić dodatkowo ok. 1,5 litrów płynów niegazowanych. Na 6 godzin przed badaniem nie należy spożywać pokarmów. Po podaniu dożylnego środka kontrastowego może pojawić się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, zaczerwienienie twarzy, w przypadku niepokojących odczuć należy powiadomić o tym personel medyczny.

Pacjentki karmiące nie powinny karmić przez 24 godziny. Do badania jamy brzusznej i miednicy małej może być konieczne podanie rozcieńczonego środka kontrastowego doustnie. Po jego szybkim podaniu doustnym może wystąpić biegunka. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania jest ciąża.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do podania jodowego środka kontrastowego jest:

brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na Jod (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu Pracowni).

Przeciwwskazaniem względnym może być uczulenie na leki, środki kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, choroby tarczycy, zażywanie leków z grupy β -blokerów, grupy biguanidów, Interleukiny 2/ Interferonu.

Wszystkie zaistniałe sytuacje należy zgłosić personelowi medycznemu Pracowni przed wykonaniem badania. W przypadku wątpliwości, należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym Pracowni.

O podaniu kontrastu ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

W przypadku zażywania leków **METFORMIN (METFORMAX, SIOFOR, GLUCOPHAGE, FORMETIC, METRAL, METIFOR, GLUFORMIN)** należy skonsultować się z lekarzem specjalistą.

Pozostałe stałe leki powinny być przyjmowane bez zmian. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem kierującym na badanie.

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelne wypełnienie ankiety.
Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.**

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź - X	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jod, preparaty jodu?		
Czy miał(a) Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne (lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy? Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:		
Czy jest Pan/Pani na czczo? Jeśli nie, ile godzin pozostaje Pan/Pani bez posiłku/spożywania płynów:		
Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy?		
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek?		
Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca? Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwą odpowiedź.		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Jeśli TAK, proszę wymienić jakie leki Pan/Pani przyjmuje:		
Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
Czy została Panu/Pani przekazana informacja o możliwości podania dożylnego środka kontrastowego?		
Czy aktualnie przebywa Pan/Pani w szpitalu? Jeśli TAK, proszę podać placówkę, oddział:		
Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani wykonane badanie TK/ MR/ ANGIOGRAFIĘ Jeśli TAK, kiedy było/były wykonane badania?		
Czy zostawia Pan/Pani dokumentację medyczną?		

W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę wpisać:

RODZAJ BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)	ILOŚĆ KLISZ	ILOŚĆ PŁYT CD/DVD	ILOŚĆ KARTEK DOKUMENTACJI PAPIEROWEJ

.....
Data i podpis pacjenta

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą.

TAK	NIE
-----	-----

.....
Data i podpis dziecka po ukończeniu 16 r.ż.

.....
Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego